

CUIDANDO DO PRAZER

Cuidando do prazer: do planejamento familiar à contracepção, e da autonomia das mulheres à responsabilidade compartilhada

*Simone G. Diniz**

Neste texto, buscaremos recuperar a trajetória do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em seu trabalho de oferecer opções contraceptivas para suas usuárias. Primeiro, vamos contar um pouco sobre o contexto político que norteou o trabalho quando abrimos o ambulatório em 1985.

Em seguida, falaremos do atendimento individual e em grupo de contracepção, da prioridade ao diafragma e dos treinamentos e pesquisas neste campo.

Por fim, descreveremos as mudanças em nossa demanda de usuárias e no perfil do uso de métodos, em especial no contexto da epidemia de DSTs e AIDS¹, e das perspectivas, limites e possibilidades trazidas por este novo contexto e pelos novos métodos, para o milênio que se inicia.

O movimento de mulheres: contracepção no contexto da atenção integral

Nos últimos trinta anos, o movimento de mulheres investiu especial atenção nas questões do corpo e da saúde — dimensões políticas centrais na luta pelo reconhecimento de sua condição de cidadãs e sujeitos éticos, capazes de decidir sobre suas próprias vidas. No Brasil, a partir do início da década de 80, o movimento tem tido um papel fundamental na crítica dos modelos de atenção à saúde e na proposição de alternativas, demonstrado na formulação e luta pela implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism).

Este programa surge num contexto em que duas propostas igualmente autoritárias estavam em disputa no cenário político. Em uma redução um tanto simplista, podemos dizer que enfren-távamos, por um lado, os natalistas, que se opunham aos programas de oferta de contraceptivos por acreditar que regular a fecundidade (em especial através dos anticoncepcionais “artificiais”, aí incluídos a pílula e o DIU²) era incompatível com a fé cristã ou com os interesses nacionais. Para muitos desta corrente, o aborto voluntário sequer deveria ser discutido, por tratar-se de crime. Por outro lado, havia os anti-natalistas, que defendiam que o crescimento populacional era uma ameaça ao desenvolvimento econômico e ao equilíbrio ecológico, portanto a regulação da fecundidade era um quase dever cívico das mulheres, independente dos custos para sua saúde ou seu bem-estar.

O questionamento trazido pelo movimento quis evidenciar o quanto cada uma destas perspectivas desconsiderava as mulheres como sujeitos capazes de decidir sobre suas vidas, seus corpos e sua fertilidade — independentemente dos interesses alheios às suas necessidades como indivíduos, fossem esses interesses políticos, econômicos, religiosos ou da indústria farmacêutica. Nossa proposta passava por reivindicar o fim da tutela das mulheres pelo Estado, pela medicina ou pela igreja, como sujeitos morais com autoridade para decidir sobre suas vidas, através do conhecimento do corpo e das opções contraceptivas, e da escolha informada dos métodos. Neste contexto, democratizar a informação era uma peça central na promoção dos direitos das mulheres.

O conceito de integralidade proposto reivindicava a atenção para todas as fases da vida da mulher e às dimensões sociais e psicológicas da saúde, e incorporava os conceitos de ação progra-mática da epidemiologia, assim como as idéias feministas sobre a assistência ao que viria a ser chamada saúde sexual e reprodutiva. Esta demanda, de que o Estado, por meio de suas políticas sociais — em especial as da saúde — incorporasse as reivindicações e perspectivas das mulheres, foi a frente central do trabalho escolhida pelo movimento.

As propostas trazidas pelo movimento foram fundamentais no questionamento da prática médica convencional e no estímulo a uma reflexão crítica sobre o papel dos serviços de saúde na manutenção da subordinação das mulheres, assim como na viabilização concreta de alternativas mais positivas nas esferas reprodutiva e sexual para as usuárias. Mais do que isto, este modelo teve uma grande influência na inspiração de outras experiências, na formulação de políticas públicas, na formação de recursos humanos e na articulação política do movimento de mulheres (Araújo & Diniz, 1994).

Estas experiências tiveram um papel importante na constituição de uma “cultura” sobre a saúde da mulher no discurso dos serviços de saúde pública, apesar dos grandes limites enfrentados. Mais do que suas reivindicações ao Estado — contidas neste programa — e baseado na demanda por democracia social e pelo direito à assistência à saúde, o movimento buscou, a partir da crítica ao modelo estabelecido, construir alternativas para a experimentação de novos modelos de atenção em serviços conduzidos pelas feministas, onde “pudéssemos passar da teoria à prática, mostrando que é possível construir uma atenção à saúde que considere a mulher como um ser humano” (CFSS, 1988). Neste estudo, compartilhamos algumas reflexões sobre os limites, possibilidades e impasses de uma experiência feminista não-governamental na construção de uma atenção à saúde a partir desta perspectiva.

Neste texto, usaremos o termo “contracepção” ao invés de “planejamento familiar” — embora este segundo termo seja mais consagrado — em atenção à reflexão feminista que considera que a expressão planejamento familiar traz implícita que a contracepção (o ato voluntário de evitar a concepção) se dá no contexto da constituição de uma família — pressupondo que esta é o espaço legítimo do exercício da sexualidade e de regulação da fertilidade. Em defesa do direito de todas e todos, dentro e fora de famílias, de exercer sua sexualidade de forma plena e segura, optamos pela contracepção como termo mais amplo.

Nosso corpo nos pertence: contracepção no atendimento individual e em grupo

O modelo educativo de consulta do Coletivo

No Brasil, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde desenvolve, desde 1985, um trabalho de atenção primária à saúde da mulher com esta perspectiva feminista e humanizada, tendo atendido perto de cinco mil mulheres desde então. Inspirado pela experiência européia, sobretudo pelo *Dispensaire des Femmes*, de Genebra³, o método usado desde a capacitação das primeiras trabalhadoras foi o da crítica ao modelo médico da gineco-obstetrícia. Nosso modelo vem propondo uma ‘medicina suave’ — dos tratamentos naturais e menos agressivos — e de preocupação com o conhecimento do corpo como um dos elementos centrais para a saúde. A usuária é percebida como um indivíduo, o “sujeito da ação de saúde, capaz de entender, decidir e cuidar do próprio corpo e da própria vida” (CFSS, 1994-96).

Neste contexto, o trabalho com contracepção prioriza a ampliação da autonomia das mulheres diante dos médicos e dos parceiros. A consulta, com forte conteúdo educativo, enfatiza a partilha de informação sobre o corpo e seu funcionamento, buscando promover tanto o conhecimento quanto a “amizade” com o próprio corpo. O papel da consulta é menos o de ter o corpo feminino fiscalizado e esquadrinhado por uma figura de autoridade, mas o de oferecer uma oportunidade para a compreensão conjunta (atendente e atendida) daquele corpo em particular, com sua história e suas características.

Assim, a consulta inclui várias etapas que propiciam a participação da usuária. Em primeiro lugar, a anamnese (ficha clínica) é preenchida pela própria mulher atendida — a menos que ela não seja alfabetizada — o que permite um primeiro momento de reflexão com ela mesma. A ficha então é lida conjuntamente na consulta, quando são identificadas e esclarecidas as questões mais importantes trazidas ao atendimento.

Por sua vez, o *exame físico* é, na medida do possível, par-tilhado com a usuária, que é estimulada a fazer ela mesma o exame de mamas, depois que a profissional o tivesse feito e demonstrado. Os exames da vulva, vagina e colo do útero são feitos em conjunto com a usuária, com a ajuda de um espelho. Ela é estimulada a introduzir o espéculo em sua vagina.

Cada detalhe do exame é explicado à usuária, tanto da anat-omia normal quanto de qualquer possível variação ou alteração. A coleta de material para análise de laboratório é acompanhada pela paciente: tanto o exame de secreção vaginal (rotina em todas as consultas), quanto o papanicolau (prevenção do câncer de colo). O

corrimento vaginal e/ou do colo, muitas vezes motivo de ansiedade da paciente mesmo quando se trata apenas da secreção normal, é “interpretado” na consulta, quando mostramos a variação normal de quantidade e aspecto desta secreção durante o ciclo menstrual, e como identificar aquela que pode indicar algum problema.

Todo este processo de “exame conjunto” é facilitado pelo uso de recursos educativos: moldes da pélvis servem para explicar visualmente as relações anatômicas e funcionais entre os órgãos e para que a paciente possa “ensaiar” o toque da vulva, da vagina e do colo antes de fazê-lo em si mesma.

É importante chamar a atenção para como cada detalhe da consulta propicia que a usuária entenda melhor como funcionam os métodos contraceptivos, a partir da compreensão do seu ciclo menstrual, da ovulação e da relação anatômica e funcional entre os órgãos. Todas estas informações vão facilitar sua compreensão do funcionamento dos métodos de barreira, da tabelinha, do DIU, dos métodos hormonais como a pílula, da laqueadura etc.

Em geral, como a primeira consulta é dedicada a este levantamento mais amplo da saúde e das necessidades da usuária e dura uma hora, apenas introduzimos a discussão sobre contracepção e a retomamos no retorno, para então definir o método a ser usado. No intervalo entre uma e outra consulta, provemos a usuária com mais informação escrita para que ela possa conhecer em detalhes cada uma das escolhas possíveis.

Produzimos nossos próprios impressos sobre cada um dos métodos. Durante alguns anos tivemos ainda a publicação *Para viver o amor* (SOS Corpo e CNDM⁴) como recurso adicional de informação. A consulta de retorno não é dedicada apenas a viabilizar a escolha, mas também a tornar possível o acesso da usuária ao método.

O trabalho com os métodos contraceptivos

Anos 80: o diafragma

No caso do diafragma, a consulta durava cerca de uma hora e incluía o aprendizado de várias etapas pela usuária, orientada por quem a atendia: o toque do colo uterino e a identificação de sua localização; a inserção do diafragma; a checagem de que este de fato estava cobrindo o colo; a diferença do toque do colo sem e com o dispositivo e a colocação do espermicida juntamente com ele, ou adicionalmente, quando necessário para uma nova relação⁵; a necessidade da manutenção do diafragma na vagina por pelo menos oito horas; sua retirada e os cuidados higiênicos com o método. Independentemente de escolaridade, quase todas as usuárias saíam desta consulta completamente preparadas para o uso do método.

Para quem atendia, a consulta incluía ainda medir e experimentar o tamanho correto do diafragma em função do comprimento e tônus da vagina da usuária, e orientá-la para a rotina de uso. Em geral, recomendávamos que a mulher usasse o diafragma por uma ou duas noites inteiras, incluindo a da véspera da consulta de retorno (em uma semana) para checar como a musculatura vaginal se acomodara. No período de uma semana até a “alta”, a mulher não deveria ainda considerar o diafragma como seu método contraceptivo até conferir que estava tudo bem — o tamanho adequado, o colo coberto, as instruções seguidas corretamente. Neste período, deveria usar ainda outro contraceptivo por segurança. Outra recomendação que costumávamos fazer era a de que, na primeira relação usando o diafragma, não informasse o parceiro da novidade, para ver se ele a perceberia espontaneamente. Em nossa experiência, os parceiros não percebem sua presença se não alertados para ela.

Naquela época, a demanda por diafragma atingiu o seu auge, constituindo entre 60 e 70% de todas as usuárias de métodos contraceptivos entre o final da década de 80 e o início da de 90. Houve períodos em que a demanda era grande o suficiente para que o trabalho com o método fosse também feito através de um grupo educativo muito bem sucedido na informação inicial e na consulta de retorno. Isto se dava também pelo fato do Coletivo ser considerado um centro de referência para esse método, tendo recebido pacientes referidas por muitos outros serviços públicos ou privados e de consultórios de médicos que conheciam o trabalho.

A convite de profissionais sensíveis, naquele período oferecemos treinamento à rede pública para o uso do método, o que favoreceu sua disponibilidade em alguns serviços da rede estadual e municipal, onde foi incluído entre as opções disponíveis dentro do contexto do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Estes treinamentos foram uma experiência muito rica, pois pudemos partilhar nossa prática com os profissionais que enfrentavam uma realidade completamente diferente da nossa, na realidade do serviço público de saúde, com pacientes de renda e escolaridade ainda mais baixa e muitas vezes em condições de trabalho bastante precárias, onde faltavam insumos, funcionários e motivação.

Um dos desdobramentos mais interessantes de nosso trabalho com diafragma foi uma pesquisa colaborativa multicêntrica, realizada em parceria com a Clínica de Planejamento Familiar do Departamento

de Tocoginecologia da Universidade de Campinas e com o Núcleo de Ginecologia e Reprodução Humana de Belo Horizonte. O estudo consistiu na avaliação do uso do diafragma em três contextos brasileiros: o Coletivo, como uma ONG femi-nista, a clínica universitária e o serviço privado. Reuniu o acompanhamento de 670 usuárias do método para verificar sua aceitabilidade, efetividade e continuidade. O trabalho teve resultados surpreendentes: mostrou que nos três serviços, o diafragma bem orientado tem em nossa realidade uma eficácia prática comparável à do DIU e melhor do que a da pílula.

Além destes dados, que deixaram claro que o diafragma poderia ter um papel muito mais importante como opção contra-ceptiva segura no Brasil, uma das maiores surpresas foi que a melhor adesão, a melhor eficácia e as menores taxas de complicações (que já eram bem baixas) foram as da clínica privada em Belo Horizonte, que utilizava uma prescrição diferente da nossa e do serviço universitário em três aspectos. Primeiro, as medidas do diafragma eram significativamente menores, ou sejam, eram medidos diafragmas “mais folgados” em relação ao comprimento da vagina. Segundo, não era prescrito o espermicida. Terceiro, era recomendado seu uso contínuo e não apenas quando da relação sexual — ele era colocado pela mulher na vagina ao final da menstruação, retirado para ser lavado cada vez que tomasse banho e imediatamente reinserido, o que assegurava que estivesse no devido lugar a cada relação sexual, evitando assim o “planejamento” de sua inserção e a do espermicida.

Esta nova forma de prescrição do método se mostrou tão promissora que retomamos o estudo colaborativo para uma nova fase, agora prospectiva, comparando a eficácia do diafragma com e sem espermicida, com uso contínuo ou “tradicional” e incluindo outros serviços de saúde.

Os demais métodos

A pílula anticoncepcional foi durante muito tempo o segundo método na escolha de nossas usuárias, com cerca de 15% da preferência, contra mais de 40% na população geral de usuárias do método no Brasil naquele período. A prescrição era feita de forma a esclarecer a mulher das possíveis contra-indicações e efeitos colaterais, buscando as menores doses com as quais cada uma pudesse se adaptar. A prescrição de hormônios injetáveis só foi incluída na nossa rotina quando da regulamentação pelo Ministério da Saúde, já no fim da década de 90.

A informação sobre a tabelinha sempre foi muito procurada pelas usuárias, para seu uso isolado ou para combinação com o diafragma ou camisinha. Nossa recomendação formal para os métodos de barreira sempre foi o de seu uso consistente, em qualquer fase do ciclo, mas muitas pacientes deixavam claro que preferiam fazer esta associação de métodos, uma vez que tinham a consciência de que não estavam férteis por todo o ciclo. A orientação para o uso da tabelinha incluía a anotação do tamanho do ciclo por vários meses, para identificar o período “seguro”, associado à observação das características do muco cervical. Ainda que este método seja considerado pouco efetivo como contracepção, muitas de nossas pacientes (aquelas com parcerias estáveis e cooperativas) o mantiveram com bastante sucesso.

Nos primeiros anos do nosso trabalho, a camisinha era prescrita com certa frequência, porém aparecia mais como um método subsidiário, utilizado no intervalo da mudança entre uma opção contraceptiva e outra (pílula e diafragma, por exemplo) ou no período de tratamento de infecções vaginais. Enquanto método de barreira, nossa prioridade era a prescrição do diafragma, tanto por ser muito desconhecido e subutilizado em nosso meio, quanto por estar sob controle das mulheres — ao contrário da camisinha. Como havia certa evidência do papel protetor do diafragma sobre algumas doenças sexualmente transmissíveis e mesmo sobre o câncer de colo, esta nos parecia a opção mais adequada.

No caso do DIU, o agendamento para sua introdução dependia do resultado da lâmina da secreção vaginal e do papanicolau. Qualquer anormalidade em algum dos exames era tratada antes da introdução do dispositivo, feita no próprio Coletivo. Tivemos bons resultados com esse método, para o qual usamos de bastante cautela, dada as possibilidades, ainda que pequenas, de complicações, tais como as infecções pélvicas (inclusive aquelas assintomáticas, capazes de influir sobre a fecundidade da usuária), a menstruação dolorosa e/ou muito abundante.

A laqueadura tubária era um método raro entre a nossa demanda, pois o serviço não oferecia contracepção cirúrgica e nossa clientela se constituía, nesse período, principalmente por mulheres que ainda não tinham filhos. Em alguns casos, diante da escolha da usuária, nós a encaminhávamos aos serviços públicos ou privados que realizavam a cirurgia.

O projeto de trabalho com contracepção, que vai se mostrando limitado a partir da segunda metade da década de 80, reflete o paradigma feminista de “nosso corpo nos pertence”, focado na promoção da autonomia das mulheres e do objetivo de ter o método contraceptivo sob seu controle. Uma escolha, na medida do possível,

livre dos constrangimentos impostos pela medicina, pela igreja ou pelo parceiro amoroso. A partir da década de 90, esta equação vem a se complicar com a crescente consciência da epidemia de DSTs e AIDS, colocando de maneira dramática o caráter relacional da contracepção e os limites da escolha do método como assunto apenas daquele indivíduo, a mulher.

A partir de então, aos poucos, começamos a questionar nosso pressuposto de que “o melhor método é aquele que a mulher prefere”: a cada dia, havia mais do que se proteger, para além dos gametas do parceiro. O nosso conceito de “relação desprotegida” vai se transformando, e o parceiro aos pouco ressurgiu (ou surge) na cena contraceptiva.

O contexto da década de 90: contracepção em tempos DSTs e AIDS

Contracepção e vulnerabilidade à gravidez indesejada e às DSTs e AIDS

Entre as experiências que nos impulsionaram à revisão dos procedimentos de contracepção e de infecções vaginais a partir da pandemia de AIDS, destaca-se o projeto *Cuidando do Prazer*, apoiado pela Fundação Levi-Strauss. Este trabalho nos levou a um esforço adicional para lidar com as contradições entre nossa prioridade no trabalho com o diafragma vaginal – método que amplia a autonomia da mulher em relação à reprodução, mas não necessariamente em termos da proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a AIDS. Apesar de existirem evidências consideráveis sobre o papel protetor do diafragma diante de certas DSTs — provavelmente mais relacionadas com a consistência do uso do que com as características desta barreira — a camisinha é o método que melhor propicia, simultaneamente, a prevenção de DSTs e AIDS e de gravidez indesejada, até prova em contrário.

O trabalho com o diafragma, especialmente em um país onde o aborto é ilegal, arriscado e caro, se centrou, muito justificadamente, na sua eficácia contraceptiva, associada a menos riscos à saúde e ao conhecimento do próprio corpo, tendo alcançado resultados muito positivos nestes aspectos. Mas o contexto da relação sexual e o papel do parceiro, a promoção da comunicação e da partilha de responsabilidades no terreno afetivo, reprodutivo e sexual podiam ser menos problematizados do que no caso do uso da camisinha. Assim, buscamos incluir na consulta e na anamnese questões que pudessem facilitar para as usuárias a discussão sobre o direito ao cuidado e ao prazer, avaliando aquilo que no decorrer do trabalho passamos a chamar, provisoriamente, de “vulnerabilidade sexual e reprodutiva”, para orientar a busca de respostas possíveis na superação desta vulnerabilidade.

Mesmo que assumidamente experimental, a discussão que enfrentamos nos levou a considerar os limites da quantificação destes eventos de saúde, a nossa ansiedade cartesiana por “prescrições” e as dificuldades na escuta da usuária, apresentada por esta “ansiedade prescritiva”. Como todos os profissionais de saúde, nós queríamos uma receita, uma boa receita. Novas questões foram incorporadas ao atendimento, como versões revistas da pesquisa de rotina de situações de violência doméstica, sexual e institucional e uma especial atenção à avaliação da vulnerabilidade das mulheres às DSTs e à AIDS. Ambas denotaram um impacto importante na mudança dos procedimentos de rotina. Em todas as consultas, especialmente nas de contracepção, foram incorporadas informações sobre prevenção de DSTs e AIDS, com ênfase no uso de métodos de barreira (em especial da camisinha) e no desenvolvimento de habilidades de negociação com parceiros, nos casos que o demandassem.

Quando olhamos para os dados do Coletivo, é importante considerar que as características de nossas usuárias não correspondem ao perfil da população em geral: o próprio fato de buscar um serviço dessa natureza já constitui um viés da amostra. Acreditamos que nossas usuárias formam um grupo representativo — são mulheres que “mais resistem do que se acomodam” em relação às experiências sexuais e reprodutivas, refletindo certos movimentos de mudança referentes à construção de alternativas sexuais e reprodutivas mais *empowered*, mais assertivas e autônomas. Portanto, as informações que constam da nossa anamnese refletem o viés das perguntas que definimos como importantes.

Desta forma é possível, por exemplo, que a prevalência da violência apareça com índices tão elevados simplesmente porque perguntamos a todas as usuárias a este respeito; ou que haja um viés relativo a uma maior confiança da usuária na instituição, que permite que mais mulheres se sintam à vontade para responder afirmativamente sobre situações de ilegalidade, como a prática do aborto e o uso de drogas.

Quem são as usuárias de métodos contraceptivos do Coletivo

No trabalho sobre o perfil das usuárias, um dado que nos chamou muito a atenção é que 63% não se consideravam expostas ao risco de contrair a AIDS. Perguntadas se tomavam alguma medida de prevenção, a

resposta majoritária foi “não se consideram expostas ao risco” ou “consideram que se previnem” porque têm um único parceiro. Isto evidencia uma flagrante contradição — na nossa demanda de mulheres supostamente mais assertivas — com a realidade epidemiológica, pois a maioria das mulheres conta-minadas no município de São Paulo tem parceiro fixo e é monogâmica. Entre as usuárias do Coletivo, 26,1% declaravam já ter tido alguma DST, considerando-se que uma certa quantidade de mulheres dizia ter tido “outros problemas ginecológicos”, sem, porém, saber especificá-los.

Com relação à sua vida sexual, 20,5% disseram jamais conversar com os parceiros sobre o assunto e 43,5% relataram não estar satisfeitas ou estarem mais ou menos insatisfeitas com sua vida sexual.

As informações sobre violência também foram muito importantes para entender o “contexto vulnerável” no qual as usuárias estão imersas. Entre elas, 38,3% afirmaram já ter tido relações sexuais contra a sua vontade e a violência física foi declarada por 30,4% das usuárias. Das que sofreram violência física ou sexual, 28,6% jamais haviam conversado sobre o fato com alguém antes da consulta no Coletivo. Apenas uma mulher procurou um serviço de saúde por este motivo.

Se o acesso à renda é um dado importante na capacidade das mulheres de negociar sua proteção sexual e reprodutiva, é interessante ressaltar que nos últimos anos registramos uma tendência ao “empobrecimento” da demanda, refletida na queda da renda mensal per capita das nossas usuárias. Em 1994, a porcentagem de mulheres com renda de até três salários mínimos era de 60%. Em 1995, aumentou para 63%. Em 1996, subiu para 73%. Do total da demanda de 1996, 59% declararam renda pessoal de até um salário mínimo.

Acreditamos que este empobrecimento se deva mais a mudanças na nossa demanda, ainda que de fato haja um empobrecimento da população em geral.

Em termos quantitativos, realizamos, entre 1994 e 1996, 2.944 consultas ginecológicas; 469 psicológicas, incluindo os casos de atenção às mulheres em situação de violência; 28 atendimentos em nutrição; e 414 consultas de pré-natal, além de dezenas de sessões de grupos de reflexão sobre diversos temas. No perfil das pacientes atendidas pelo Coletivo, vemos que 84% fazem uso de métodos contraceptivos, mas que a prevalência de cada um tem mudado, numa tendência clara e significativa. Entre 1991 e 1994, a camisinha era usada por 14% das usuárias, o diafragma por 61%, a pílula por 16%; os outros métodos somavam apenas 9%. A partir de 1995, houve um grande aumento do uso da camisinha, também estimulado pelo nosso serviço, alcançando em 1998, 38,5%; o uso do diafragma caiu de 61% para 25%; o da pílula, para 9,4%. Acreditamos que esta mudança se deva em grande medida às modificações implementadas por nós mesmas no modelo de assistência, certamente também influenciada pela conscientização da opinião pública em direção ao sexo mais seguro.

Ainda que o uso de métodos de barreira tenha se mantido muito alto (63,5%) – sobretudo se comparado com a população geral – há uma clara tendência ao aumento do uso da camisinha em detrimento do uso do diafragma, já que as evidências sugerem que o condom seria mais seguro na prevenção das DSTs e AIDS, apesar de estar menos “sob o controle” da mulher.

Entre 1991 e 1994, a laqueadura era o método de cerca de 4% das usuárias. Ultimamente a taxa chegou a 13%, refletindo, talvez de maneira tardia, o aumento de sua prevalência, que na população geral atinge aproximadamente 45% das mulheres que usam contracepção.

Outro dado surpreendente é que 78% das usuárias se referem a pelo menos um aborto. Isto pode refletir tanto o viés de uma demanda altamente selecionada, como um grau de sinceridade maior nas respostas por se tratar de um serviço feminista. Porém esta informação também deixa muito claro o quanto temos de “relações desprotegidas”, seja para uma gravidez indesejada, seja para as DSTs e AIDS.

Novas perspectivas, possibilidades e limites

Atualmente temos refletido sobre a implementação do chamado “modelo hierárquico” com relação à escolha dos métodos. Ao invés da prescrição dogmática da camisinha (de fato um método masculino, sob reduzido controle das mulheres), este modelo supõe a escuta do contexto daquela mulher, suas condições de negociação, a transmissão de informação sobre quanto cada método protege potencialmente das DSTs e AIDS e o planejamento de uma hierarquia de proteção. Tal hierarquia vai da proteção máxima da camisinha masculina ou feminina, passando pelo diafragma com ou sem espermicida, pelas práticas sexuais não-penetrativas etc., chegando até ao coito interrompido, considerado como menos arriscado do que a relação desprotegida. Trata-se de uma estratégia de realismo, diante da constatação de que a simples prescrição da camisinha tem funcionado muito pouco, tantas vezes abstraindo o difícil contexto relacional envolvido na negociação da vida afetivo-sexual concreta das mulheres, sejam elas soronegativas ou positivas.

Uma das possibilidades mais promissoras tem sido o desenvolvimento de recursos contraceptivos novos, tais como o condom feminino. A partir de 1999, com o apoio do Ministério da Saúde, iniciamos a orientação e a distribuição deste método como parte da rotina do serviço, no contexto de um projeto de integração entre as ações de prevenção primária e secundária de DSTs e AIDS e de saúde reprodutiva.

Esta integração tem sido um grande desafio, não só para nós, mas para o país. Apesar do investimento para a implementação do Paism, o modelo de assistência dos serviços públicos ou privados que oferecem opções contraceptivas tem se centrado em abordagens que desconsideram o contexto social da mulher e de suas relações, fechando o foco em seus órgãos reprodutivos. Outras questões que podem situar o universo emocional no qual a mulher vive suas relações afetivas e sexuais, como a violência doméstica e sexual, apenas recentemente passam a receber a devida atenção dos formuladores de política, o que não deixa de ser um dado muito promissor.

Na prática do nosso sistema de saúde, ainda é difícil para os serviços que atendem às mulheres incorporarem a idéia de integralidade: os métodos mais comuns, cujo uso continua crescendo, não protegem contra as DSTs e a AIDS, apesar do caráter epidêmico desta última no país. Ainda são muito raros os serviços de planejamento familiar que, junto com a prevenção da gravidez, façam rotineiramente o aconselhamento de prevenção de DSTs e AIDS. Só a partir de janeiro de 1998, o preservativo feminino tem sido comercializado no país, mesmo que a preços quase que proibitivos para a grande maioria das mulheres.

Dados da última pesquisa Nacional de Demografia e Saúde indicam que apenas 11% das mulheres se referiram ao uso de preservativo na última relação sexual. A análise deste dado, discriminado por situação de uso do método, pode refletir o nível do uso da dupla proteção, isto é, para a prevenção da gravidez indesejada e das DSTs e AIDS. Entre essas mulheres (11%), que se referiram ao uso do preservativo, encontramos a seguinte distribuição com relação ao uso ou não de outros métodos: 29% não usam qualquer outro método; 45% já são usuárias do preservativo; 12% são usuárias de pílula; 9% são esterilizadas e as demais, cerca de 5% se referem ao uso de outros métodos, como tabela, coito interrompido, DIU, diafragma e injetáveis. É provável que algumas delas estejam em tratamento de queixa ginecológica, para a qual os médicos costumam recomendar o uso do preservativo, independentemente do contraceptivo em uso.

Na contracepção/planejamento familiar, mais do que nunca é central superar a mentalidade meramente prescritiva e incluir o aconselhamento e as ações educativas. Isto supõe a disponibilidade de métodos (incluindo até o condom feminino) e de profissionais treinados. Uma vez que se sabe que a informação é fundamental mas não suficiente, o trabalho deve incluir a oportunidade de reflexão sobre prioridade aos métodos de barreira, dupla proteção, hierarquia de proteção entre os métodos, responsabilidade do parceiro, comunicação e negociação destes recursos, contracepção de emergência, entre outros temas. O Brasil é um país privilegiado em experiências dessa natureza, nesta nova etapa exige novidades ousadas, como dirigir o trabalho também a homens e pensar a contracepção como uma responsabilidade a ser compartilhada (Diniz e Vilella, 1999).

Bibliografia

- ARAÚJO, M.J. & DINIZ, C.S.G. *O lugar do diafragma vaginal como método anticoncepcional no Brasil*. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Mimeo. São Paulo. 1994.
- CFSS, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. *Relatório de Atividades*. São Paulo. 1988.
- _____. *Relatório de Atividades*. São Paulo. 1994-96.
- _____. *Relatório do II Seminário de Práticas Educativas na Implantação do Paism*. São Paulo, 1996.
- NISSIN, Rina. *Mamamelis: um guia de ginecologia natural*. Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro. 1997.
- VILLELLA, W.V. & DINIZ, S. G. *AIDS e Saúde Reprodutiva*. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e Nepaids. São Paulo. 1998.
- DINIZ, S. G. & VILLELLA, W.V. "Interfaces entre os programas de DST/AIDS e de saúde reprodutiva: o caso brasileiro". In PARKER, R.; BARBOSA, R. & BESSA, M. *Saúde, Desenvolvimento e Política. Respostas frente à AIDS no Brasil*. Ed 34. Rio, 1999.
- FERREIRA, A.E.; ARAUJO, M.; HIDALGO, C.; DINIZ, S.G. & FAUNDES, A. "Effectiveness of the Diaphragm, used continuously, without spermicide". In *Contraception* 1993:48. July 29-35.

